

LE VOLVULUS DE LA VESICULE
BILIAIRE. A PROPOS D'UN CAS.
REVUE DE LA LITTERATURE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1973

par

Monsieur YAHY Bader-Eddine

né le 15 Septembre 1945 à Tebessa (Dpt de Annaba)

MEMBRES DU JURY

M. MENTOURI Bachir, Professeur de chirurgie générale { Président

MM. BENDALI Amor S. Professeur de chirurgie générale
ISSAD Hanafi, Professeur Agrégé d'Anatomie
DAHMANE Mohamed A., Maître de conférence, agrégé en
Médecine Générale et Thérapeutique } Juges

MEMBRE D'HONNEUR

REDJIMI Mohamed, Professeur Agrégé de Médecine . .
Générale et Thérapeutique



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548213_0059

LE VOLVULUS DE LA VESICULE
BILIAIRE. A PROPOS D'UN CAS.
REVUE DE LA LITTERATURE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1973

par

Monsieur YAHY Bader-Eddine

né le 15 Septembre 1945 à Tebessa (Dpt de Annaba)

MEMBRES DU JURY

M. MENTOURI Bachir, Professeur de chirurgie générale { **Président**

MM. BENDALI Amor S. Professeur de chirurgie générale
ISSAD Hanafi, Professeur Agrégé d'Anatomie
DAHMANE Mohamed A., Maître de conférence, agrégé en
Médecine Générale et Thérapeutique } **Juges**

MEMBRE D'HONNEUR

REDJIMI Mohamed, Professeur Agrégé de Médecine . .
Générale et Thérapeutique

SERMENT D' HIPPOCRATE
=====

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

- o - o - o - o - o - o - o -

JE DEDIE CETTE THESE :

- A mon père qui m'a toujours donné un exemple de travail, de volonté, de sagesse et qui symbolise pour moi le soutien moral permanent.
- A ma mère que j'aime beaucoup et qui fut toujours à mes côtés.

JE DEDIE CETTE THESE :

- A mon père qui m'a toujours donné un exemple de travail, de volonté, de sagesse et qui symbolise pour moi le soutien moral permanent.
- A ma mère que j'aime beaucoup et qui fut toujours à mes côtés.

- A ma femme

que j'aime beaucoup et à laquelle je
souhaite réussite dans ses études.

Puisse cette dédicace lui transmettre
l'expression de mon attachement.

- À mes petites sœurs et à mes frères
dont l'affection qui nous lie est des
plus grande et auxquels je souhaite
tout le bonheur qu'ils méritent **en**
espérant qu'ils sauront garder avec
amour le message de sagesse confié
par nos parents.

- A mes beaux frères avec l'expression
de toute ma gratitude.
- A toute ma famille.
- A mes amis.
- A tous mes camarades.

A NOTRES MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur D. MENTOURI

C'est un grand honneur que vous nous faites
de présider notre jury de thèse.

Vos qualités humaines et professionnelles
ont marqué les années que nous avons
passées à la faculté.

Nous vous prions de trouver ici l'expression
de notre profond respect.

A. MONSIEUR LE PROFESSEUR A.S. ILINDALI

Vous nous avez accueilli avec bienveillance
dans vos services.

Vous nous avez inspiré le sujet de notre thèse
et encouragé dans son élaboration.

Grâce à vous, et à votre exemple, nous avons
pu mieux saisir les réalités et problèmes de
la Chirurgie Générale.

Nous ne saurons vous remercier assez.

Trouvez ici le témoignage de notre
profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ISSAD

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Vous nous avez enseigné avec méthode, souci de précision et de rigueur scientifique.

Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre reconnaissance.

A. MONSIEUR LE PROFESSEUR D. L. M. P. E. N. A.

C'est pour nous un grand plaisir de vous
avoir dans notre Jury de thèse.

Votre gentillesse et votre sérieux resteront
pour nous un exemple.

Trouvez ici l'expression de nos meilleurs
sentiments.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR REDJILI M.

Membre d'Honneur :

que nous tenons à remercier vivement
pour l'exemple de travail et de
méthode dont il nous a imprégné dans
son service.

- A tous les Maîtres de cette faculté
- A tous les Maîtres des Hôpitaux
- A tous ceux qui m'ont aidé tout au long de mes années d'études.

S O M M A I R E

A/ INTRODUCTION

B/ NOTRE OBSERVATION

C/ PROBLEMES POSES PAR LE VOLVULUS DE LA VESICULE SEMINALE :

I- DEFINITION

- 1) le volvulus total
- 2) le volvulus partiel

II- CLINIQUE

- 1) forme typique de NONDOR
- 2) forme intermédiaire ou subaigue
- 3) les autres formes cliniques

III- EVOLUTION

- 1) évolution aigue
- 2) évolution chronique

IV- ETIOPATHOGENIE

- 1) facteurs étiologiques
- 2) Pathogénie
- 3) mécanisme

V- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 1) macroscopie
- 2) microscopie

VI- PROBLEMES DIAGNOSTICS

- 1) diagnostic positif
- 2) diagnostic différentiel

S O U M M A I R E (Suite)

VII- THERAPEUTIQUE

VIII- PROLUSTIC

IX- LES RESULTATS

D/ CONCLUSION

E/ BIBLIOGRAPHIE

LE VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

=====

A/ I N T R O D U C T I O N

I. INTRODUCTION.

AVANT PROPOS.

Le volvulus de la vésicule biliaire est un accident exceptionnel, de diagnostic difficile, se présentant le plus souvent comme une urgence abdominale aiguë chirurgicale, dont le diagnostic étiologique se fait le plus souvent à l'intervention et dont le traitement chirurgical se révèle particulièrement simple, consistant en une cholécystectomie dans la majorité des cas.

INTRODUCTION.

- C'est en 1898 que WENDEL publie le premier cas de volvulus de la vésicule biliaire :

Il s'agissait d'un volvulus subaigu survenu chez une femme de 33 ans dont 1^{er} épisode accidentel remontait à 2 mois après un accouchement. Le diagnostic n'a été posé que sur le vu d'une torsion vésiculaire avec un cholécyste énorme.

L'ouverture de la pièce opératoire révélait la présence de 213 petits calculs.

- Mais les deux observations de NEHRKORN et MÜHSAM parues en 1908 sont plus intéressantes car elles ont trait à des volvulus aigus posant un problème d'urgence chirurgicale. En 1920, LAX KR. HEL ne pouvait réunir encore que 12 observations, y compris 3 cas personnels : à ce propos, il écrivait une mise au point de la question soulignant la difficulté diagnostique de l'affection qui ne fut posée cliniquement qu'une seule fois par lui même.

La même année (1920) paraissait la première observation française due à GAUBERT de NANTES ; elle fit l'objet de la thèse de DAGORN.

C'est avec DAUX, en 1924 que le "volvulus de la vésicule biliaire acquiert droit de cité dans la pathologie". Il parle du rapport lithiasse vésiculaire - volvulus de la vésicule biliaire (1/3 des cas). Rapidement, le nombre de cas connus augmente : dans les seules années 1926 - 1927, on peut en dénombrer 17 dans la littérature.

Aussi COSTANTINI base t-il des 1930, son travail sur 30 observations et BRUCCO sur 35 en 1931. Ce dernier souligne l'intérêt du palpé abdominal à la recherche "d'une masse tumorale mobile" pour le diagnostic positif. Il ébauche une étude pathogénique des volvulus de la vésicule biliaire et parle des "vésicules en Sablier". Enfin, il fut le premier à parler d'une coexistence possible d'un volvulus de la vésicule biliaire avec cancer vésiculaire.

A l'étranger, les travaux se multiplient ; les auteurs italiens : ROLLI, LEZZI, ELLI et BRUCCO s'attachent au mécanisme du volvulus de la vésicule biliaire et font une étude expérimentale.

Les auteurs Allemands, anglosaxons, Cubains et Américains publient de nouveaux cas :

- SHORT et PAUL en 1934 parlent d'un cas .
- GROSS à CHICAGO souligne en 1936 les bienfaits de la cholécystectomie.
- CUERVOS. et CUERVO T. publient 2 cas de volvulus de la vésicule biliaire à la HAV. NE en 1939: les deux observations décrivent 2 cas chez un enfant de 5 ans et un enfant de 11 ans.
- FREY W. décrit un cas de torsion de la vésicule biliaire évitant l'aspect d'une tumeur très volumineuse allant du petit bassin à la face inférieure du foie (1939).

L'apport Français dans cette question n'est pas négligeable : la société de chirurgie eut à en discuter à propos des cas de DERRIGNEZ, LAICHE, PILVEN et SILVON, publiés en 1939 : 15 cas ont été observés par les chirurgiens français. PILVEN et SILVON (1939) reprennent l'ébauche pathogénique de BRUCCO (1931) et font jouer le rôle essentiel dans le mécanisme du volvulus de la vésicule biliaire au peristaltisme intestinal et aux modifications de volume de l'anso colique voisine. Cette hypothèse est admise jusqu' alors.

Des thèses en France montrent l'intérêt que suscite la question :

- RAUEL : LIÈGE 1939
- GUINBERT : PARIS 1943.

En 1945, LEGER, LESLYNE et MAZILLARBE rassemblent les 91 observations parues jusqu'à cette date et font la première mise au point complète :

Leur travail consiste en une étude clinique détaillée ; Ils soulignent la difficulté diagnostique et l'intérêt de l'indication opératoire. Ils jettent les bases essentielles étiopathogéniques de l'affection, parlent de l'anatomie pathologique et insistent sur la simplicité extrême de la cholécystectomie dans le traitement du volvulus de la vésicule biliaire.

D'autres auteurs s'intéressent à la question et publient de nouveaux cas jusqu'en 1957 date à laquelle deux scandinaves RAIS et THULIN réunissent 111 observations mondiales et font une 2ème mise au point aussi intéressante que la première.

REMARQUES

Il est classique de penser que le volvulus de la vésicule biliaire est une affection aigue de la vieille femme (confère le livre de LONDONER).

Cependant, à la lumière de certaines observations deux remarques sont à faire :

a) Il peut se voir à tout âge :

- 5 ans et 11 ans pour CUERVO S. et CUERVO T.
- 13 ans pour DUBOIE
- 23 ans pour HUBBEL
- 66 ans pour L. L. L.
- 92 ans pour T.

b) Si le plus souvent il se présente comme une affection aigue, des cas subaigus ont été décrits :

Le 1er cas de volvulus subaigu est celui de WENDEL (1898)
LEVICHÉ, FINUCCI, FISHER publient d'autres cas.

Il existe même des cas chroniques comme en témoigne le cas de SUTTER qui fut une découverte opératoire.

LE VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE ne doit donc plus être considéré comme l'apanage de la femme à la période ultime de la vie comme le démontrent les faits précités car les observations de volvulus du sujet jeune et même de l'enfant se multiplient tout en restant rares et clairsemées dans la littérature mondiale.

Quant à l'évolution du volvulus selon le mode subaigu ou chronique ; elle n'est certes pas fréquemment retrouvée parmi les cas publiés, mais elle existe.

C'est le cas de l'observation que nous rapportons et qui concerne une femme âgée de 49 ans qui présente un volvulus subaigu.

B- NOTRE OBSERVATION

• Mme M. F. est hospitalisée dans le service de chirurgie du Centre Hospitalo Universitaire ISSAAD HASSANI (BENI-KESSOUS) le 2 Juin 1970 pour :

GROSSE TUMEFACTION ABDOMINALE

• Il s'agit d'une femme de 44 ans
ayant eu 13 grossesses (Dix enfants vivants bien portants)
ayant accouché il y a 2 mois le 2 Avril 1970.

Et, fait essentiel :

• C'est dans les suites immédiates des couches qu'est apparue une volumineuse tumeur au niveau de la fosse lombaire droite atteignant l'ombilic et ce, lors d'une crise douloureuse abdominale.

• Dans les antécédents, on retrouve des crises douloureuses de l'hypochondre droit à type de crises vésiculaires, évoluant depuis 8 ans : Ces douleurs surviennent après un repas abondant, irradient vers la région scapulaire droite, le dos et s'accompagnent volontiers de vomissements bilieux et alimentaires survenant à l'acmé des crises douloureuses qu'ils calment. Ces douleurs sont parfois si pénibles que la malade provoque elle même les vomissements.

• La patiente n'a présenté :

ni altération de l'état général notable
ni fièvre importante
ni ictère

• A son hospitalisation, il s'agit d'une femme dont l'état général est relativement conservé répondant bien à l'interrogatoire et ne présentant pas de symptômes particuliers.

la température est à 37,2° c
le pouls à 60/mn bien frappé, régulier.
la Tension artérielle est à 12/8.

• L'examen physique orienté d'emblée vers l'appareil digestif révèle :

A travers une paroi abdominale flasque,
• l'existence d'une volumineuse tumeur

- de forme ovoïde ("banane") longue de 20 cm et large de 3 cm
- Tuméfaction située à mi distance du rebord costal droit et de la crête iliaque droite
 - dépassant largement l'ombilic
 - tendue, non adhérente, mobilisable aussi bien dans le sens longitudinal que transversal
 - enfin, non douloureuse spontanément mais seulement à la palpation.
- Le reste de l'examen clinique est normal.
- Le toucher rectal et vaginal est négatif.
- Une Radiographie de l'abdomen sans préparation est pratiquée :

Elle ne montre ni ombre anormale, ni niveau liquide.
Etant donné le repaire biliaire et la situation de la tuméfaction,
- Une cholangiographie est demandée à deux reprises :
 - Malheureusement, la malade vomissait les comprimés d'Orabilix dès qu'on les lui donnait : elle faisait une intolérance à l'Iode.
 - De ce fait, la cholangiographie Intraveineuse n'a pu être pratiquée
- Le bilan sanguin et urinaire systématique révèle :
 - F.N.S : G.R. = 4 820 000
 - G. . . = II 200
 - P.N. = 67
 - Eosinophiles = 1
 - Basophiles = 1
 - Monocytes = 5
 - lymphocytes = 26
 - Glycémie = 0,97 g/l
 - Urée Sanguine = 0,28 g/l
 - Taux de Prothrombine = 100 %
 - Temps de coagulation = 12,5 secondes
 - Hématocrite = 38 %
 - Hémoglobine = 85 % = 13,26 g
 - Groupage : O R H Positif
 - Chimie Urinaire :
 - Albumine : présence
 - Glucose = 0
 - Acétone = 0

! !
AU TOTAL

- Il s'agit donc d'une femme de 44 ans, ayant eu 13 grossesses, au passé biliaire remontant à 8 ans, et qui, lors d'une crise douloureuse abdominale, dans les suites immédiates du dernier accouchement, a vu apparaître une tuméfaction abdominale.
- Devant la conservation de l'état général, l'absence de signes cliniques alarmants, l'intervention d'urgence ne pouvait être décidée.
- En attendant, la malade est mise en observation en milieu chirurgical, car cette tuméfaction était impressionnante et de plus, elle était tendue et risquait de se rompre.

— Treize jours après l'admission de la malade, et devant la persistance de la tuméfaction sans aucun changement, l'intervention exploratrice est décidée :

TROIS diagnostics sont évoqués :

- Hydrocholécyste à long mésocyste (en raison du passé biliaire)
- Kyste de l'ovaire droit à long pédicule (bien que le toucher vaginal ait été négatif)
- Enfin, Kyste du testicule

- C'est ainsi que s'explique l'incision médiane droite à cheval sur l'ombilic pratiquée le 15 juin 1970.

— LE PROTOCOLE OPERATOIRE

1/ Dès l'ouverture du péritoine, on constate une vésicule énorme volvulée (ou plus exactement plicaturée au niveau du bassin) avec un long mésocyste. Le fond vésiculaire se trouve complètement à gauche, adhérent à des franges épiploïques.

Il s'agit d'une vésicule qui a tourné dans le sens des aiguilles d'une montre à plus de 180°

Cette vésicule était sous tension : il a suffi de libérer d'un coup de ciseaux les adhérences pour que la vésicule retrouve sa position normale par détorsion et détente brusque.



CI-JOINT A VOTRE LETTRE



THE HISTORY OF THE

10

11

THE HISTORY OF THE

12

13

14

/ LA CHOLECYSTECTOMIE est réalisée avec une simplicité extrême : Il a suffi de placer deux pinces de BENGUEA sur le mésopéritoire très long et de couper après ligature de l'artère cystique.

/ LA CHOLANGIOGRAPHIE PER OPERATOIRE de contrôle montre une voie biliaire principale légèrement dilatée (atonie) et un excellent passage duodénal. Aucun obstacle sur la voie biliaire principale n'est décelé.

FIGURE II



/ LA FERMETURE DE LA PAROI est faite en 3 plans sans drainage.

/ LA PIÈCE OPÉRATOIRE :

L'ouverture de la pièce opératoire nous montre :

- la présence de QUATRE CALCULS chacun de la taille d'une bille "au niveau du bassinnet.
- un liquide vésiculaire franchement louche.
- mais par contre aucune lésion à type de gangrène n'est notée sur la paroi vésiculaire.

FIGURE III



LES SUITES POST-OPERATOIRES

Ont été ceux de toute cholecystectomie :

Elles ont été très simples et la malade a quitté le service bout de 10 jours.

L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA PIECE OPERATOIRE

Ramène les quelques constatations confirmant l'évolution
baignue /

Les fragments examinés intéressent une vésicule biliaire où l'on note
de muqueuse atrophique largement ulcérée.

Une musculature et une sous séreuse scléreuse et infiltrée
par de nombreux éléments inflammatoires.

Il existe au niveau de la sous-séreuse une réaction macro-
phagique autour des cristaux d'acides gras.

Il s'agit d'une poussée de cholécystite aigue sur cholécys-
te chronique";

C- PROBLEMES POSES PAR LE VOLVULUS DE LA
VESICULE BILIAIRE
=====

1871

1872

I/ = DEFINITION

D E F I N I T I O N

Le volvulus de la vésicule biliaire est la torsion du réservoir biliaire au tour de son pédicule.

À côté du volvulus total, appelé par DAUX, il faut décrire un volvulus partiel, où le fond vésiculaire se tord sur le corps.

LE VOLVULUS TOTAL

Il survient en l'absence de mésocyste ; ou si le ligament suspenseur de la vésicule biliaire est long.

1) Dans le premier cas, la torsion qui peut atteindre ou dépasser 360°, se fait autour du pédicule cystique et les signes pariétaux d'ischémie vasculaire sont toujours prononcés.

2) Dans la seconde éventualité :

1/ ou bien la torsion se fait suivant un axe longitudinal et la vésicule s'enroule dans le mésocyste long "comme un corps dans un drap" (LEGER).

2) ou plus rarement, le volvulus se produit autour d'un axe vertical, le réservoir vésiculaire se tordant "comme un escarot".

LE VOLVULUS PARTIEL

est plus rare encore.

Il est le fait des vésicules cloisonnées dont le fond est très développé par rapport au corps.

La plicature se produit souvent suivant un axe transversal, la vésicule revêtant un type "en hameçon" ou en "crochet".

Ce type de volvulus présente deux parties :

l'une adhérente, l'autre libre qui va se volvuler.

Cette torsion sera facilitée par l'existence d'un rétrécissement au niveau du corps vésiculaire, à la jonction de la partie adhérente et de la partie libre : "Vésicule en sablier" de BROCCQ.

Après l'opérée de H. NSEN, la vésicule biliaire est partagée en deux par un rétrécissement au niveau duquel se fait la torsion. Seul le fond de la vésicule biliaire étant en volvulus.

REICHE a observé un cas analogue sur une vésicule biliaireiloculaire.

DANS LE CAS RAPORTE

Il s'agit bien d'une torsion, d'un volvulus puisque fond
corps vésiculaire ont subi une rotation de plus de 180° dans le
s des aiguilles d'une montre autour d'un axe passant par le corps et
bassinnet (Figure 1).

Il s'agit d'un VOLVULUS concernant une vésicule à long
ocyste mais avec la particularité que l'axe de torsion passant entre
ce et bassinnet, le pédicule vasculaire de la vésicule ne s'est pas
du. essentiellement l'artère et les veines cystiques ; ce qui expli-
d'une part l'absence de lésions vasculaires et c'est ce qui carac-
ise les VOLVULUS SUBJUGUS, voire CERVICULES.

IV. CLINIQUE
=====

FORME TYPIQUE DE MONDOR

1/. L'ANAMNESE :

- révèle souvent l'existence dans les antécédents immédiats ou lointains d'une ou plusieurs crises douloureuses similaires ou moins violentes ayant tourné court ou cédé à une thérapeutique banale.
- En outre, on retrouve à l'interrogatoire la notion de facteur déclenchant :

En effet, c'est à la suite d'un voyage, d'effort de toux, de chute et le plus souvent après un accouchement (2 à 6 mois) que se déclare l'accident vésiculaire.

2/. DOULEUR :

a/. LE DÉBUT DE LA CRISE D'ACCIDENT :

est habituellement brutal.

C'est toujours une douleur violente qui inaugure la scène clinique.

- Elle est localisée le plus souvent

à l'épigastre

à l'hypochondre droit

à la fosse iliaque droite

à la région périombilicale

- Elle irradie vers

le Flanc droit

la région lombaire droite

est, surtout la région scapulaire droite.

- Cette douleur revêt parfois un caractère paroxystique.

- La violence de cette douleur est telle qu'elle ne cède pas sous "morphine", parfois (MONDOR - GRIPPONI - D. RAIGNEZ + DROCQ).

b). LES SIGNES D'ACCOMPLISSEMENT DE LA DOULEUR :

- Les vomissements : ne sont pas rares. Ils sont alimentaires, bilieux, rarement fécaloïdes.

- Un hoquet : peut être noté.

- Quelquefois nausée simplement.

- L'arrêt des gaz et des matières est mentionné, (LEGER - MAZINGRBE - DEBEYRE), mais il est inconstant.

- Quelque fois au contraire, à la constipation fait place une diarrhée (CONFERE la communication de LEGER - MAZINGRBE - DEBEYRE)



3/. L'EXAMEN PHYSIQUE :

peut apporter des éléments intéressants pour le diagnostic.

a) L'ETAT GENERAL

est relativement peut touché contrastant le plus souvent avec l'acuité des signes fonctionnels et l'importance des signes physiques :

- bien qu'angoissée, et fréquemment amaigrie, la malade conserve un bon facies, un pouls légèrement accéléré (90 - 110 /mn), une température modérément élevée (37^a - 37,5^a c).

b) L'ICTERE

est généralement absent.

c) LA DUREUR, LA FLACCIDITE DE LA PAROI ABDOMINALE, LA COEXISTENCE PARFOIS DE HERNIES :

témoignent d'une insuffisance de la sangle musculaire très fréquente chez ces malades.

d) LA TUMEUR

- Il existe un léger météorisme, une contracture sous costale droite ou plus étendue pouvant orienter vers une affection vésiculaire. Mais on doit s'efforcer par un palper doux et prolongé, en amadouant la paroi d'être orienté vers la région où la douleur provoquée est maximum et la défense pariétale plus franche.
- C'est en effet au niveau de la région sous hépatique qu'on pourra percevoir la TUMÉFACTION qui répond au cholécyste volumineux : C'est là le symptôme essentiel(+++) qui serait seul susceptible de fournir un argument de poids pour le diagnostic.
- C'est une masse cylindrique, piriforme, oblongue "en saucisse" ou "en aubergine" du volume du poing à une tête d'enfant, verticale, mate, très tendue, d'aspect kystique qui apparaît très antérieure et qui ne donne pas le contact lombaire.
- Le caractère le plus constant paraît en être l'exquise sensibilité au palper.

- Il est plus difficile de bien préciser ses rapports avec le foie et de se rendre compte qu'elle est immobile par rapport au foie, qu'elle plonge sous lui, sans interposition sonore, QUEULLETTE dit à ce sujet : "Si la relation avec le foie est établie, un grand pas est fait vers le diagnostic. Le moment est venu de penser au volvulus de la vésicule, et, si on tient compte de la brutalité du début, de l'absence de réaction péritonéale vraie, de la conservation d'un bon état général, une lésion mécanique est en effet spécialement à soupçonner."

c) LES TOUCHERS PELVIENS :

ne donnent habituellement aucun résultat.

Seuls D. UX et DESBONNETS mentionnent une sensibilité du douglas.

TEINTURIER et CHARRIER parlent d'une masse latéro-utérine droite sensible.

Enfin, POISSON :

fixe en ces termes la forme typique du volvulus de la vésicule biliaire :

"Un début dramatique, un Syndrome d'occlusion ou de réaction péritonéale et, semblant pédiculée ou non, en connexion avec le foie, une tumeur ferme, mate, douloureuse. Tout cela chez une vieille malade débile qui n'a pas le facies très altéré, qui est sans fièvre, mais qui souffre abominablement".

LA FORME INTERMÉDIAIRE OU SUBAIGUE

- Tous les intermédiaires paraissent exister entre l'évolution aiguë et l'évolution chronique du volvulus de la vésicule biliaire.

Ceci nous permet donc d'amorcer l'étude des FORMES SUBAIGUES.

- Le premier cas de volvulus subaigu est celui de VENDEL en 1898 concernant une femme jeune de 23 ans qui a vu apparaître 2 mois après son accouchement une tuméfaction volumineuse au niveau de l'hypochondre droit non douloureuse qui correspondait à une vésicule biliaire volvulée inflammatoire contenant 213 petits calculs, et ce jusqu'à la rupture.
- FISHER décrit un cas de volvulus subaigu chez une femme jeune de 29 ans qui présente une tuméfaction volumineuse de siège atypique au dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et dont les premiers accidents vésiculaires remontent à 7 mois après un accouchement.
- FUCCI opère un volvulus subaigu chez une femme jeune de 39 ans qui voit apparaître au niveau de l'hypochondre droit une tuméfaction volumineuse.
- Le cas de SUTTER a été une découverte opératoire.
- IRWIN décrit un volvulus subaigu chez une femme jeune de 34 ans qui a fait une première crise immédiatement après un accouchement puis une deuxième crise plus forte 6 mois après, nécessitant l'intervention.

4/ la lumière de ces différentes observations, vont émerger quelques dénominateurs communs aux volvulus subaigus qu'il convient de noter :

1) L'ANAMNESE :

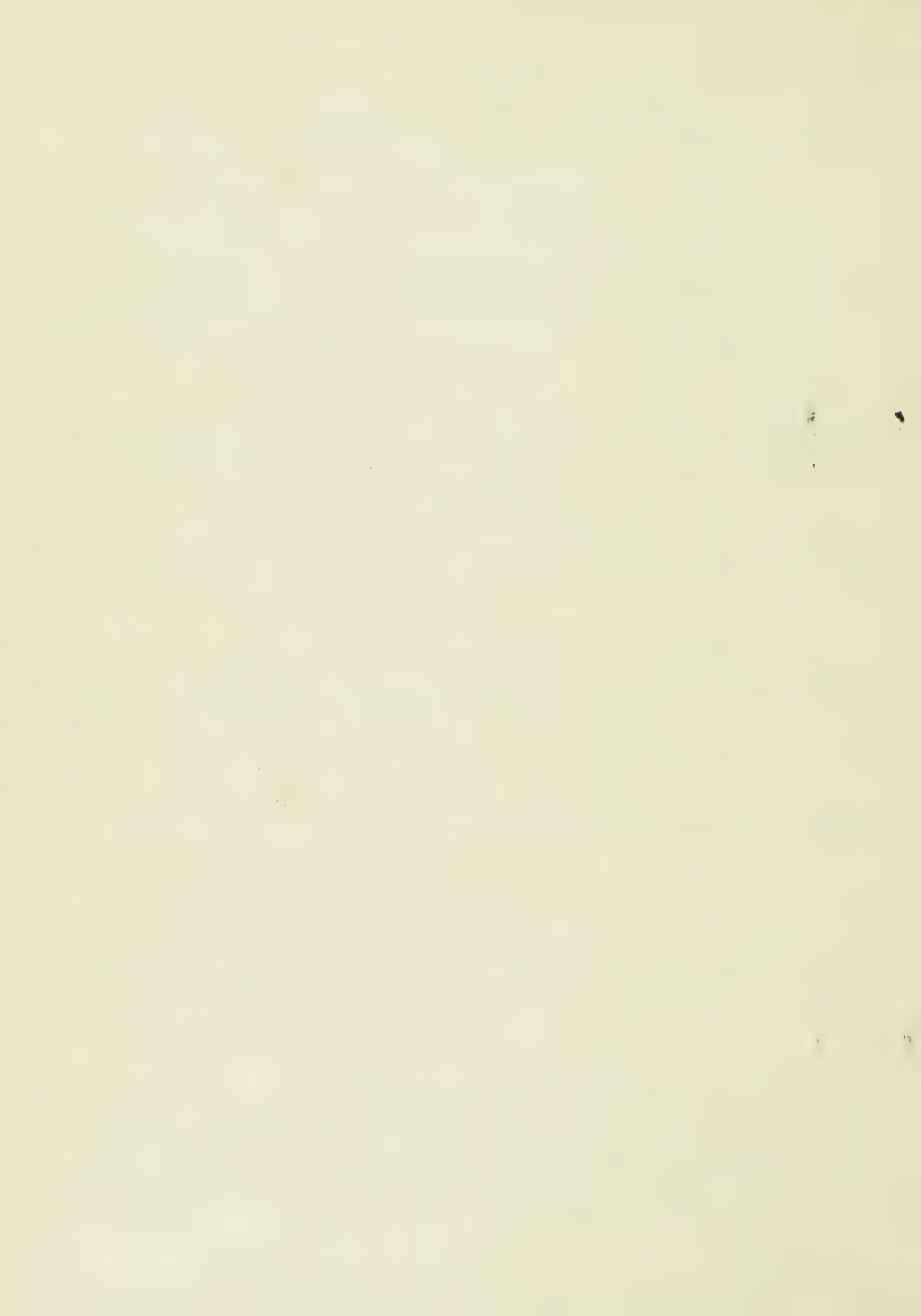
Ces femmes souffrent depuis des mois ou des années de l'hypochondre droit ou de l'épigastre et, fait important, ces douleurs sont le plus souvent sourdes et bien supportées par la malade.

2) SUR LE PLAN CLINIQUE VA DÉFINIR SURTOUT :

non pas les crissettes douloureuses quelque fois passées inaperçues par la malade, mais la tuméfaction volumineuse présente dans la majorité des cas, laquelle typiquement se trouve au niveau de l'hypochondre droit ou de la fosse iliaque droite et pouvant avoir une topographie atypique égarant ainsi le diagnostic dans certains cas.

3) MORPHOTYPE

Ce sont habituellement des femmes amaigries et polyptosiques



4) L'AGE

Ce sont des femmes jeunes qui sont le plus souvent concernées

5) L'ACCOCHEMENT

La quasitotalité de ces femmes jeunes qui ont fait des volvulus subaigus relèvent de couches (50% pour LEGER)

6) LE CHOLECYSTOGRAPHIE

Montre une exclusion vésiculaire (FINUCCI)
Quelque fois, elle donne l'impression d'une vésicule pliée sur elle même (L. NICHE)

7) LE PROGNOSTIC

de ces volvulus subaigus est toujours bon après cholécystéctomie généralement différée.

REMARQUES :

Il ne saurait être question d'établir le départ entre les formes subaigues et les formes aiguës sur l'amplitude de la torsion :

- L. NICHE décrit un volvulus subaigu avec une torsion partielle de 180° du fond vésiculaire sur une vésiculaire biloculaire
- FISHER opère son volvulus subaigu et remarque une torsion totale de 90° du cholécyste.
- FINUCCI décrit un volvulus subaigu avec une torsion totale du cholécyste de 270°.
- On remarque aussi qu'un volvulus partiel peut même constituer une découverte opératoire (SUTTER).

LES AUTRES FORMES CLINIQUES1) FORME AVEC ALTERATION DE L'ETAT GENERAL :

La malade a un facies péritonéal, un certain abattement, une langue sèche, un pouls rapide et irrégulier. La température est généralement à $39 \pm C$.

L'examen physique est ici capital :

Il recherchera par un palper doux et patient la tumeur permettant ainsi au chirurgien d'intervenir avec un diagnostic certain sinon de poser une indication opératoire.

2) FORMES LOCALISEES :

Le tableau clinique est le plus souvent atypique et on comprend que le diagnostic exact soit si souvent méconnu.

a) TOPOGRAPHIE DE LA DOULEUR :

- Celle-ci est le plus souvent plus basse :

- paraombilicale droite
- iliaque droite
- pelvienne

- Quelque fois généralisée à tout l'abdomen.

- Ailleurs par contre, elle prend l'allure d'une colique hépatique au début qui ne surprend pas le malade habitué à ces crises algiques (LAGER)

- Par fois enfin, ce sont des douleurs thoraciques (SHORT-PUL) ou des douleurs constrictives enserrant la base du thorax (LATHUR)

- On comprend bien qu'en l'absence de tuméfaction perceptible, de multiples diagnostics puissent être évoqués dont certains d'essence médicale retardent la décision opératoire.

b) LA TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR

- Sa situation est souvent atypique et peut être source d'erreurs de diagnostic.
 - Volumineuse masse paraombilicale droite (MÖHSAM).
 - Tuméfaction au dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite (FISHER).
 - Tuméfaction hémisphérique à la fosse iliaque droite. (CARINACCI - KOVULEWSKI).
 - Tumeur au dessus et à gauche de l'ombilic faisant penser à une tumeur intestinale (BUSCH).
 - Tumeur latéro-utérine droite arrondie et très douloureuse. (TELETURIER et BARDIER)
- A qui veut bien se rappeler que l'anormale mobilité et la ptose vésiculaire constituent les conditions favorisantes indispensables au volvulus, apparaît lorsque le caractère atypique de la masse perçue au cours des accidents aigus.

LES FORMES À ÉCLIPSE

Quelquefois l'apparition de la masse est intermittente.

- FISHER ne retrouve plus une masse iliaque droite perçue la veille.
- BUSCH constate à plusieurs reprises la disparition et la réapparition d'une masse paraombilicale gauche.

On conçoit donc que les manifestations douloureuses antérieures sont souvent liées à des torsions incomplètes spontanément résolutives.

Ces formes à éclipse laissent entrevoir une certaine évolution anatomique des volvulus généralement subaigus ou chroniques avant la phase d'état.

C L I N I Q U E (Suite)

N O N C O N C L U S I O N

s tous les cas aigus, subaigus ou chroniques, le tableau clinique dominé par deux éléments :

1^{re} une part LA DOULEUR

2^e autre part LA TUMEFACTION

dehors des formes à éclipse, LA TUMEFACTION EXISTE TOUJOURS ; C'est vésicule tendue, son siège peut être variable et cela s'explique la plus ou moins grande longueur du mésocyste.

Autre part, LA DOULEUR est un caractère important :

Dans les volvulus aigus, il y a torsion du pédicule de la vésicule iliaire avec souvent lésions vasculaires et par conséquent nécrose ; la douleur est ici importante, elle est même impressionnante.

Par contre, dans les cas où le pédicule vasculaire n'est pas tordu, il n'y a pas de nécrose, la douleur est moindre.

Enfin, lorsque les lésions vasculaires existent, le tableau clinique est plus aigu ; par contre si ces lésions n'existent pas, le tableau clinique est chronique.

C O N C L U S I O N

En fait, bien dans le cadre des VOLVULUS CHRONIQUES, la torsion n'a pas étranglé le pédicule, et de ce fait, il n'existe même pas de douleur instantanée. L'

état général est conservé.

La tumeur existait au moment de l'hospitalisation depuis 2 mois avant l'accouchement.

Malgré un bon état général et une tumeur persistante, l'intervention n'a été décidée que 13 jours après son admission.

Le malade a séjourné dans le service 26 jours.

III - E V O L U T I O N

E V O L U T I O N

Évolution spontanée est toujours défavorable qu'elle soit plus ou moins rapide.

Dans les intermédiaires existent entre l'évolution aiguë et l'évolution chronique du volvulus de la vésicule biliaire.

EVOLUTION AIGUE :

Si la décision opératoire n'est pas entreprise rapidement, le tableau clinique va être modifié et ainsi vont apparaître des signes péjoratifs qui vont aggraver le pronostic opératoire surtout chez les sujets âgés :

- La température va augmenter et atteindre rapidement 39°C, 40°C.
- Le pouls va s'accélérer.
- Le sujet est de plus en plus pâle et répond mal aux questions.

Et, ce qui domine surtout, ce sont :

- Les signes péritonéaux ou occlusifs.

EVOLUTION CHRONIQUE

Ces formes à évolution plus lente sont liées à une striction soit incomplète des vaisseaux cystiques, soit intermittente par ébauches de volvulus se complétant peu à peu et laissant le temps d'intervenir dans de meilleures conditions (NOTRE CAS)

Sur le plan anatomique, l'évolution spontanée aboutit :

- au sphacèle pariétal
- à la perforation ou à la rupture vésiculaire.
- à l'ensemencement péritonéal
- à la péritonite
- et enfin, à un tableau de défaillance polyviscérale.

IV - ETIOPATHOGENIE
=====

ETIOPATHOGENIE

FACTEURS ETIOLOGIQUES :

FREQUENCE

La volvulus de la vésicule biliaire est l'une des affections les plus rares de l'hypochondre droit.

LEGER - DEBEYRE et M. ZINGARBE ne réunissent que 91 observations en 45 ans.

AGE

Il s'échelonne entre 5 ans (CUERVO) et 92 ans (MAGNANT).

S'il est classique d'admettre que l'affection est l'apanage des sujets âgés, on se rend compte que les adultes jeunes et même l'enfant peuvent être concernés.

SEXE

La femme est plus atteinte que l'homme dans une proportion qui dépasse le double : 2 à 3 femmes pour 1 homme (LEGER)

LITHIASE BILIAIRE

Elle est assez fréquente mais pas obligatoire.

Daux la retrouve 6 fois sur 10.

GUTHAN fait remarquer qu'elle est toujours cliniquement muette et seulement constatée à l'intervention.

LEGER-DEBEYRE et M. ZINGARBE la retrouve 18/80 avec absence certaine de calculs 25 fois.

Ces calculs sont parfois nombreux :

MAGNANT : 340

WENDEL : 213

Quelquefois il existe une seule grosse pierre :

du volume d'un gland (RACHURDT)

du volume d'un oeuf de pigeon (SHORT et PAUL)

du volume d'une noix (GRUNERT)

Ailleurs, il y a absence de calculs vésiculaire contrastant avec l'existence de calculs cholédociens :

(BRIDE ; LEGER)

6) MORPHOTYPE

- Ce sont généralement des vieillards amaigris, longilignes, dont la sanglo abdominale est relâchée (atrophie du tissu musculaire élastique) et qui ont des ptoses de viscères.
- Ce morphotype de loin le plus classique, prédispose au volvulus de la vésicule biliaire (confère le livre de MONDOR).

6) ACCOCHEMENT

- C'est un facteur étiologique déterminant (LEGER)
- Habituellement, c'est dans les mois qui suivent un accouchement que le volvulus s'est déclenché chez les jeunes femmes.
- LENDEL : Femme de 23 ans dont les premiers accidents remontent à 2 mois après l'accouchement.
- LEWIS : Femme de 34 ans ayant eu une première crise immédiatement après un accouchement puis une deuxième crise plus forte 6 mois après nécessitant l'intervention.
- FISHER : Femme de 29 ans dont les premiers accidents remontent à 7 mois après un accouchement.
- NEDEL : Femme de 36 ans dont les premiers accidents remontent quelques mois après l'accouchement.

- En somme, plus de 50% des femmes jeunes atteintes de volvulus vésiculaire relèvent de couches. (LEGER - DEBEYRE - MAZINGARBE)
- Si l'on incrimine le relâchement des muscles de la paroi abdominale, dû à la maternité, on retrouve un élément favorisant comparable à la flaccidité pariétale des vieillards amaigris.
- Notons que la brusque déplétion abdominale consécutive à l'accouchement joue aussi un rôle favorisant.

7) AUTRES FACTEURS

Certaines observations mentionnent la notion de facteur déclenchant :

- quinte de toux (KOWALEWSKI)
- chute avec violente contraction abdominale au cours d'un bombardement d'aviation chez un homme (DEBEYRE).
- voyage (DERRY).

FACTEURS ETIOLOGIQUES (Suite)

LE CAS R. M. URTÉ :

Rentre bien dans cette étiologie. Il s'agit d'une femme de 44 ans ayant récemment accouché (2 mois) et qui a présenté 13 grossesses ; ce qui confirme le caractère de paroi abdominale flasque.

Donc d'une part, PAROI FLASQUE
et d'autre part, DEFLECTION A.B.I. LE consécutive à l'accouchement.

ETIOLOGIE (suite)

I- PATOLOGIE

- LA COLLECTICA D'UN VOLVULUS LE PLUSICULTELLIRE EIGE QUE LA VESICULE SOIT LIBRE EN TOUTE OU EN PARTIE ;
alors que normalement la vésicule est plaquée dans la fossette cystique et adhère par son corps à la face inférieure du foie.
- Les traités d'anatomie nous apprennent que dans de rares cas on voit "le péritoine contourner les bords de la vésicule et former au dessus d'elle un méso qui la relie à la face inférieure du foie" (RUIVIERE).

A/ LE MÉSOCYSTE :

ainsi constitué a une forme triangulaire à base antérieure : son existence semble augmenter de fréquence avec l'âge du sujet. Il existe dans 5% des cas mais celui-ci est souvent trop court pour permettre à la vésicule de s'y enrouler.

- On individualise deux grands types de mésocystes

1) Le méso limite au col vésiculaire voire au seul pédicule cystique :

C'est la malformation la plus propice au volvulus.

Bien décrite par GROSS, elle est responsable de la totalité des volvulus de l'enfant et d'une partie des volvulus de l'adulte.

2) Le méso étendu à une grande partie ou à la totalité du cholécyste :

Cette anomalie est insuffisante pour produire un volvulus. D'autres facteurs nécessaires vont alors entrer en jeu :

a) La déficience tissulaire générale

Surtout celle de la paroi abdominale antérieure qui ne contribue plus à maintenir en place le fond vésiculaire (GUEULLETTE).

b) L'atonie vésiculaire

qui rend l'organe plus volumineux, plus flasque et plus lourd donc plus apte à se tordre autour des éléments fixes du pédicule cystique.

c) La lithiase vésiculaire

moins fréquente, peut aussi contribuer à allonger le mésocyste.

Un hydrocholécyste par calcul enclavé du cystique sur une vésicule flottante est une cause très favorisante de volvulus (MACHON). Notre cas s'y assimile.

d) La coudure du cystique par artère anormale.

peut engendrer une augmentation de volume de la vésicule biliaire et donc un étirement du mésocyste.

e) La ptose vésiculaire

. LAUR trouve la vésicule biliaire à l'anneau fémoral droit.

. SHEY la trouve à l'anneau fémoral gauche.

f) Une malformation des voies biliaires :

peut être susceptible de prédisposer au volvulus : Dans le cas de STROSS, l'implantation du cystique siège au milieu de la vésicule biliaire.

AU TOTAL :

Ces différents facteurs vont donc contribuer à la liberté absolue ou partielle de la vésicule biliaire qui est la condition anatomique indispensable à la production de volvulus vésiculaire.

B/ LA PTOSE DES VISCERES ABDOMINAUX

est une condition anatomique accessoire.

Abaissés, ils ne vont plus offrir à la vésicule un coussinet suffisant et vont ainsi lui permettre une mobilité anormale.

Cette ptose concerne l'estomac, le colon, le rein.

C/ LE VIDE ABDOMINAL DU POST-PARTUM

est une condition accessoire intéressante à retenir chez les femmes jeunes où une sur deux qui à un volvulus vésiculaire relève de couches.(LEGER).

. Il y a là une notion retrouvée chez les vieillards amaigris : le relâchement musculaire de la paroi abdominale (dû à la maternité) qui est ici brusque.

. L'accouchement peut aussi favoriser la ptose de viscères abdominaux, condition anatomique précitée.

P A T H O G E N I E (Suite)DANS LE CAS RAPPORTÉ,

Toutes les conditions déjà énumérées sont réalisées:

- Paroi abdominale flasque à la suite de nombreuses grossesses (13)
- Déplétion abdominale à la suite de l'accouchement.
- Mais aussi, long m. sac cyste constaté au cours de l'intervention ; la vésicule étant appendue au foie.
- Enfin, la lithiase vésiculaire faite de 4 calculs bloquant la vésicule et provoquant une augmentation du volume de la vésicule, d'où augmentation de son poids.

ETIOPATHOGENIE (Suite)

I/ MECANISME

- Le mécanisme de production du volvulus de la vésicule biliaire est encore mal élucidé.
- PAYR se base sur la théorie de la brusque congestion veineuse, qui amène une dilatation telle que le mouvement de "serpentine" se prolonge jusqu'à dans l'organe situé à l'extrémité du pédicule :

Ceci est vrai pour la rate mais pas pour la vésicule.

- DEAN affirme que le mouvement de torsion est amorcé par la compression du cystique dans la bouche d'une artère double :

Cette disposition n'a jamais été vérifiée.

- MSTESIUONE crée expérimentalement une disproportion entre la vésicule et le pédicule cystique.

- ACTUELLEMENT, la majorité des auteurs sont pour l'explication donnée par PILVEN, BROCCQ, et SIMEON qui font jouer le rôle essentiel :

- Au péristaltisme intestinal
- Au x modifications de volume de l'anse colique voisine

susceptible de faire tourner sur elle-même une vésicule distendue et trop mobile.

V- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CHOLUSCIE

I/ L'EXPLORATION OPERATOIRE.

permet immédiatement de redresser l'erreur clinique en montrant des faits caractéristiques.

1) LA CAVITE PERITONEALE

Dès l'ouverture du péritoine, on est frappé par la découverte d'un épanchement qui contraste avec l'intégrité de l'organe qu'on croyait responsable du Syndrome aigu (appendice par exemple).

- Cette cavité contient donc le plus souvent un liquide aseptique avec lymphocytes, monocytes, polynucléaires et cellules endothéliales (SABRAZES)

ce liquide peut être :

- sérosanglant
- sanguinolent
- franchement hématique
- rarement louche ou purulent
- séreux.

- Quelque fois, cette cavité est sèche.

2) LA VESICULE BILIAIRE

- c'est une tumeur volumineuse, turgide, qui revêt l'aspect d'une aubergine.

- Son volume est énorme : elle est 5 fois supérieure à la normale. Citons pour mémoire le record de la vésicule de FREY qui va du petit bassin à la face inférieure du foie et dont les mensurations sont les suivantes :

- 35 cm X 25 X 12 -

- Sa couleur est rouge sombre, violacée ou déjà noirâtre en fonction du stade évolutif de l'ischémie pariétale. La comparaison avec l'aubergine est celle qui exprime le mieux les reflets changeants de la tumeur qui correspondent à toutes les nuances de l'infarctissement.

Quelque fois, sur ce fond noirâtre tranchent des tâches de nécrose formant des placards de "feuilles mortes" verdâtres auxquelles peuvent se joindre des tâches de gangrène.

LA VÉSICULE BILIAIRE (Suite)

- Sa consistance est ferme, élastique, tendue "au seuil de la rupture" (TEINTURIER et DUBIER) érectile "Jaillissant souvent d'elle même hors du ventre dès l'ouverture du péritoine" (DROCQ).
"La vésicule s'échappe de la cavité abdominale et saute en dehors après détorsion et détente brusque" (MICHIER et DESBUNNETS).
Son érectilité est inconstante : le cholécyste peut être appendu au pédicule tendu comme "une figue au bout d'une branche" .
- Son aspect est réniforme comme le témoignent plusieurs observations (MORSAN, MEYER, BRASSE, KUGIG, CURA).
- Volvulée, la vésicule biliaire se présente comme une masse oblongue "en saucisse", "en cornemuse", "en courge" ou "en banane".
- Son siège est le plus souvent atypique expliquant ainsi les erreurs de diagnostic.
Ceci est dû au
- Long mésocyste de la vésicule biliaire qui lui permet d'être libre.
- Sa paroi est tellement épaisse parfois que l'opérateur croit y sentir un calcul qui n'existe pas.
Parfois, elle est recouverte de fausses membranes fibrineuses blanchâtres.
- Ses adhérences se font avec le duodénum, l'angle colique droit, la face inférieure du foie.
- Quelquefois, vésicule en début de perforation : MAXKRAHEL et WENDEL.

3) LE PEDICULE CYSTIQUE

L'examen de ce pédicule permet de porter définitivement le diagnostic par la mise en évidence de la torsion.

Celle-ci se fait généralement dans le sens des aiguilles d'une montre ou inversement quelquefois et peut varier entre 1/4 de tour (90°) et 4 tours complets (1440°).

MAZZARELLI et GAVINO déterminent l'importance des altérations pariétales du réservoir biliaire par rapport au degré de torsion : Si celle-ci est inférieure à 180°, elle ne comporte pas de conséquences dangereuses.

a) LE RETENTISSEMENT LOCAL DE LA TORSION

- Le canal et les vaisseaux cystiques vont être tordus et vont entraîner, en fonction du degré de la torsion, un certain degré d'ischémie pariétale qui aboutira au sphacèle.
- Le mésocyste apparaît épaissi, œdémateux, violacé, plus ou moins enroulé sur une des faces de l'organe apparenté "à une grosse au'orgine".
- A ce processus purement vasculaire, peuvent se surajouter des phénomènes septiques qui, trouvant là des conditions particulièrement favorables à leur développement, hâtent la survenue de la perforation vésiculaire.

b) LE RETENTISSEMENT GENERAL DE LA TORSION

se fera sur :

- le rein
- le foie
- le pancréas

avec troubles de la glycémie, de l'azotémie à un stade terminal.

La mort serait d'origine septique et toxique et cela expliquerait que les malades puissent mourir en l'absence de péritonite par perforation vésiculaire.

4) LA PLICATURE VESICULAIRE

- Quelquefois, le volvulus est limité à une simple plicature.
- Mais parfois, au volvulus peut s'ajouter une plicature de la vésicule qui forme un coude ouvert en arrière et à gauche (PILVEN et SIREDON).

ROSCOPIE (Suite)

L'OUVERTURE DU CHOLECYSTE

- Les parois :
sont très épaissies par la congestion et l'œdème
(3 cm pour MAYER)
- Le liquide :
La vésicule peut contenir un liquide épais, noirâtre, avec souvent des caillots (mélange de bile + sang). Il est fétide parfois. Il est rare de trouver le liquide puriforme (M. CHUROT). quelquefois il est septique :
 - avec colibacilles et entérocoques pour FINUCCI.
 - avec colibacilles pour B. A. ZUS.
- La muqueuse :
à un aspect spongieux, rouge sombre.
- La présence de calculs :
est possible et ne doit pas étonner.
 - La lithiase peut être unique :
 - gros calcul unique du volume d'un gland (M CHUROT)
 - calcul unique comme un oeuf de pigeon (SHORT).
 - La lithiase peut être multiple :
 - 213 petits calculs pour WENDEL
 - 340 petits calculs pour M. GNANT.
- DRAUX la trouve 6 fois sur 18 (1/3).
- LEGER la trouve 18 fois sur 30 avec 25 fois absence certaine de calculs.
- Quelquefois absence de calculs vésiculaires, mais présence de calculs cholédociens :
 - LEGER trouve 5 petits calculs " de la taille d'une lentille " enchassés dans l'ampoule de WATER.
 - BRADE décrit le même cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Suite)

OSCURIE

- Il y a une infiltration hémorragique de la paroi vésiculaire allant constituer des zones d'infarcissement.
- Il existe une vasodilatation marquée avec infiltration leucocytaire des tissus pouvant aller jusqu'à un aspect phlegmoneux de la paroi.
- Au maximum, l'aspect est celui d'une nécrose massive "donnant au tissu coloré un aspect flou, estompé, comme si la vésicule avait été digérée" (S/DRUZES).
- L'épithélium de revêtement a disparu.
Seuls sont reconnaissables quelques fibroblastes.
- Rarement, début d'épithélioma développé au dépens de la muqueuse ou des glandes endovésiculaires (BRUCQ).
- Tout cela caractérise les volvulus aigus.

Dans le cas des volvulus chroniques, du fait qu'il n'existe pas de lésions vasculaires, ces phénomènes ne sont pas retrouvés et sont remplacés par des phénomènes de sclérose.

VI - PROBLEMES DE DIAGNOSTICS

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif est rarement posé :

- MAX KÄHEL ne l'a trouvé qu'une seule fois car il eut la chance, 13 jours après avoir opéré son premier volvulus (non diagnostiqué) d'en observer un second cas.

L'année suivante, il devait opérer un troisième volvulus cette fois-ci non reconnu cliniquement.

- Le diagnostic clinique exact n'a été posé que deux fois parmi les 111 observations réunies en 1957 par REIS et THULIN.

On pourrait cependant être orienté vers le bon diagnostic si on a la chance de palper une tumeur adoménale droite chez une femme âgée, longiligne, pressée qui vient de faire quelques heures auparavant un syndrome douloureux, peu fébril au niveau de l'hypochondre droit.

Les examens complémentaires ne sont d'aucune aide pour le diagnostic positif :

- la F.I.S.

décèle une hyperleucocytose plus ou moins marquée avec polynucléose.

S. ZES fait remarquer que cette leucocytose à polynucléaires s'accompagne d'une valeur à peu près normale des neutrophiles : "Ce qui contraste à ce que nous savons des réactions sanguines dans les péritonites aiguës par perforation où cette valeur nucléaire est faible et où la déviation vers la gauche de l'image nucléaire est très marquée".

- L'ABDOEN SANS PRÉPARATION montre :

- l'absence de pneumopéritoine
- l'absence de signes d'occlusion intestinale.
- rarement une ombre verticale ovalaire dans la moitié droite de l'abdomen ayant la forme d'une très grosse vésicule (confère le livre de SENEQUE).

- LA CHLOROXYSTOL PHIE

indiquée dans les cas subaigus où l'intervention est différée va montrer une exclusion vésiculaire (FINUCCI).

DIAGNOSTIC POSITIF (Suite)CHEZ LE SUJET JEUNE OU L'ENFANT

L'appendice paraît souvent en cause. Il faut alors ne pas méconnaître, devant un appendice sain la tumeur vésiculaire. Le sque le diagnostic reste imprécis, il convient d'accorder de l'importance aux antécédents récents. En effet, il n'est pas exceptionnel de retrouver de petites crises douloureuses de l'hypochondre droit à irradiation hautes traduisant la coudure passagère du pédicule cystique.

Les cas de CUERVO à la Havane en 1939 chez deux enfants de 5 et 11 ans et de DABAÏE à Bordeaux en 1946 chez un adolescent de 13 ans illustrent bien la question.

Là aussi, l'intervention exploratrice fera la part entre volvulus et infarctus de la vésicule biliaire car le tableau clinique en est très voisin.

EN DEFINITIF

Si le diagnostic exact est rarement fait, ce qui compte c'est de poser l'indication opératoire immédiate ou différée en gardant le malade en observation en milieu chirurgical.

A ce propos, la phrase de BAUCQ nous semble digne d'intérêt : "dans l'hypochondre droit, une masse mobile dans le sens transversal, et avec les mouvements respiratoires du foie, masse arrondie globuleuse, tendue comme un ballon gonflé et très douloureuse. Le caractère de cette tumeur jointe aux phénomènes fonctionnels, vomissements incessants, avec crises douloureuses violentes que ne calment pas les hypnotiques; sont des signes capables d'orienter vers le bon diagnostic, en tout cas d'imposer l'intervention, ce qui est pratiquement l'essentiel".

Le ventre ouvert, si l'on sait poursuivre l'exploration de l'abdomen, le diagnostic devient facile. On aura cependant à hésiter un moment entre volvulus de la vésicule biliaire et thrombose de l'artère cystique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A la lumière des faits précités, on comprend dès lors que l'erreur diagnostique est la règle. (confère le livre de SENEQUE, les statistiques intéressantes apportées par RUS et THULIN, et la mise au point de LEGER - DEBEYRE et MAZINGARDE).

Les maladies le plus souvent mises en causes sont par ordre de fréquence :

- L'APPENDICITE AIGUE :

est de loin celle qui remporte la majorité des suffrages en particulier chez l'enfant où c'est pratiquement le seul diagnostic évoqué :

- CUERVO S. et CUERVO T. opèrent deux enfants de 5 ans et 11 ans croyant d'abord à une appendicite aigue (Mai 1939)
- LEGER opère une vieille femme de 85 ans avec le diagnostic d'appendicite à forme pseudotumorale (Mars 1941)

- L'CHOLECYSTITE AIGUE et l'ULCERE PEPTIQUE sont fréquemment évoqués.

- L'OCCLUSION INTESTINALE : LEGER et MAZINGARDE opèrent une vieille femme de 82 ans qui est venue en urgence dans un tableau d'occlusion intestinale aigue avec arrêt des matières et des gaz.

- LE KYSTE OVARIEN TORDU : TEINTURIER et DARDIER rapportent un cas de volvulus aigu évoquant fortement une torsion de kyste ovarien car le touchér vaginal révélait une masse latéro-utérine droite très douloureuse.

- LA TUMEUR INTESTINALE a été aussi citée dans plusieurs observations.

- ENFIN, exceptionnellement, L'ETATILLE EST HERNIAIRE (SUTTER)

- AU TOTAL

Le danger serait de parler d'affections d'essence médicale et de surseoir à l'intervention chirurgicale; car enfin la marge est grande entre une crise d'angine de poitrine et une crise de volvulus vésiculaire aigu (confère le cas de SHORT et PAUL).

VII - THERAPEUTIQUE

THERAPEUTIQUE

INDICATION OPERATOIRE :

La lumière des problèmes diagnostics déjà vus, on conçoit bien que l'indication opératoire s'impose (généralement à titre exploratoire) et que la tactique opératoire n'est troublée que par l'incertitude diagnostic ; car on intervient le plus souvent croyant à une appendicite aigue.

VOIE D'ABORD :

Il convient d'être discutée selon que le diagnostic d'affection vésiculaire est ou non retenu.

Dans le premier cas, la paramédiane classique sus-ombilicale est la plus favorable (GUSSET a bien insisté sur ses avantages en chirurgie biliaire).

Dans le deuxième cas, on a recouru à une incision latérale droite donnant accès aussi bien sur la région appendiculaire que sur le carrefour sous-hépatique (l'incision de J. LAGUIER et celle de H. RITMAN sont les plus favorables).

EXPLORATION OPERATOIRE :

Elle permet de redresser l'erreur clinique et d'asseoir définitivement le diagnostic.

a) La cavité péritonéale :

Elle contient le plus souvent une sérosité sanglante généralement. Il est rare qu'elle soit fétide et exceptionnelle qu'elle contienne des germes.

b) La vésicule :

Elle revêt l'aspect d'une aubergine comme le décrivent plusieurs auteurs :

Volumineuse, tendue, elle est de coloration violacée.

La présence à sa surface de plaques de couleur verdâtre ou "feuille morte" doit faire redouter sa rupture.

Toute tentative de détorsion doit être évitée dans ce cas.

c) La torsion :

La torsion vésiculaire dans le sens des aiguilles d'une montre généralement est évidente et peut être mesurée. (1/4 de tour à 4 tours complets).

On peut en donner le type anatomique.

d) Le retentissement de la torsion :

Le retentissement local est fonction des lésions vasculaires associées

CHOLECYSTECTOMIE TRES SIMPLE DANS CE CAS EST LA SEULE ORIENTATION
CONVISCER :

ules, ses modalités se discutent. Le plus sûr est de ponctionner le réservoir biliaire et d'évacuer son contenu. Il est alors possible de détordre le volvulus de façon à exposer le pédicule cystique.

est important en effet de respecter la règle et l'exposition du trépied biliaire et de ne pas lier en masse le canal et les vaisseaux, cette manoeuvre classique mais aveugle exposant à blesser la voie biliaire principale.

Il faut noter le fait que la vésicule est tellement érectile qu'elle "va jaillir d'elle même hors du ventre dès l'ouverture du "Britoine" (BROCCQ)" et qu'elle peut s'échapper de la cavité abdominale et sauter en dehors après détorsion et détente brusque" (RUHIER et DESBONNETS).

ce fut notre cas aussi.

orsque la détorsion est impossible, il convient de séparer la vésicule volvulée de son lit hépatique en allant de la superficie à la profondeur.

l'hémostase est faite progressivement au cours de la libération ; celle-ci étant poursuivie jusqu'à l'étranglement.

La zone de torsion est liée par des points appuyés au fil résorbable se tenant à distance de l'hépto-cholédoque délibéré.

Il sera prudent lors de la ligature de l'artère cystique souvent invisible dans l'étroit mésocyste épaissi, infiltré et fragile.

Chez ces malades ptosés, sans tissu adipeux, la vésicule biliaire sort facilement et sort avec aisance de l'abdomen entraînant et libérant la voie biliaire principale.

Il ne faut pas céder à la tentation de mettre trop long le fil, ce qui exposerait à pincer le confluent.

Il faut explorer systématiquement le cholédoque radiologiquement à la recherche de lithiase latente même en l'absence de lithiase vésiculaire :

Les deux observations de LEGER et de BRIDE l'illustrent bien.

THERAPEUTIQUE (Suite)

DAVINGE DE LA REGION SUS HEPATIQUE :

ra fait comme pour une chirurgie banale sauf réaction péritonéale idente.

se fera toujours au besoin par un système aspiratif, surtout l'intervention a été tardive sur une vésicule infectée.

SOINS POST-OPERATOIRES :

seront pas négligés chez ces malades dont l'état général est souvent déficient.

ci nous amène à parler de l'anesthésiste réanimateur dont la che peut être fastidieuse et prépondérante surtout lorsqu'il agit d'un sujet très âgé, tard et le choix de l'anesthésique rès une bonne préparation pré-opératoire devient très important, non capital.

SUITES POST-OPERATOIRES :

nt habituellement simples lorsqu'on intervient suffisamment tôt.

CONCLUSION :

point est indiscutable : Il n'est d'autre thérapeutique que chirurgicale.

us celle -ci se rapprochera du début clinique, plus le geste ératatoire sera efficace.

ns toutes les observations parues, la cholécystéctomie est la plus préférée laquelle peut éviter les récidives et les troubles s à la cholécystoptose.

us insisterons sur son extrême simplicité grâce au long socyste.

fin, nous n'en dirons pas d'avantage sur l'indication opératoire ritable "PRIMUM OVENS" de la réussite diagnostique et érapeutique.

VIII- LE PRONOSTIC

LE PRONOSTIC

-6-

EST GÉNÉRALEMENT BON :

pendant parfois, il peut être sévère chez les sujets âgés
porteurs de lésions vésiculaires avancées avec réaction périto-
niale ou chez des sujets porteurs d'une tare sévère rendant
l'intervention plus délicate et l'avenir post-opératoire incertain.

PRONOSTIC EST FONCTION :

de l'heure de l'intervention.

de l'âge du malade.

de son état général.

de la tare qu'il pourrait avoir :

- . Insuffisance rénale.
- . Diabète.
- . Insuffisance coronaire.
- . Cardiopathie.
- . Tuberculose.
- . Hypertension artérielle.
- . Maladie de système, etc.....

de la préparation du malade à l'intervention et des moyens de
réanimation per-opératoires et post-opératoires.

DANS LE C.S. DU VOLVULUS CHRONIQUE :

pronostic est toujours bon.

IX - LES RESULTATS

LES RESULT TS

Les résultats relativement bons, s'améliorent de plus en plus au fil des publications et un taux de guérison de 72 % établi en 1945 par LÉGER - DEBRYNE et M. ZING-RBE, est certainement amélioré aujourd'hui grâce à une meilleure connaissance de l'affection qui reste rare, et à des moyens de réanimation d'année en année plus efficaces.

D- C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

cas rapporté de VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE rentre bien
s le cadre des volvulus de la vésicule biliaire par :

LES FACTEURS ETIOLOGIQUES :

Il s'agit d'une femme jeune de 44 ans à la paroi abdominale
flasque, par les nombreuses grossesses (13) qui ne constitue
plus un coussinet suffisant à la vésicule biliaire, par
l'accouchement récent qui lors de la déplétion de la cavité
abdominale permet à la vésicule de se tordre, et le début de
l'affection s'est bien produit juste après l'accouchement.

PAR LES FACTEURS ANATOMIQUES :

Il s'agit d'un long mésocyste qui permet à la vésicule d'être
appendu au foie et de pouvoir se tordre, par la présence de
calculs bloquant le cystique, provoquant un hydrocholécyste
qui alourdit la vésicule.

PAR LA CLINIQUE :

Où le diagnostic est exceptionnellement posé.

PAR LA DEFINITION :

Même du volvulus de la vésicule biliaire, TORSION AUTOUR DE
SON PEDICULE DEPASSANT 180 ° .

C O N C L U S I O N (Suite)

LA THÉRAPEUTIQUE :

Simple qui consiste en une CHOLECYSTECTOMIE facile due au fait de la longueur du mésocyste.

ARTICULÉ : DE NOTRE CAS :

Ce cas ne rentre pas dans le cadre des VOLVULUS AIGUS ; il s'agit d'UN VOLVULUS SUBAIGU datant de 2 mois à l'hospitalisation et ayant séjourné 13 jours avant l'intervention sans aucun risque pour le malade.

Cliniquement comme les rares cas rapportés, il faut opposer cette forme subaigue qui ne se manifeste que par une tuméfaction abdominale impressionnante de siège ectopique et peu douloureuse, au tableau dramatique du volvulus aigu de la vésicule biliaire.

La thérapeutique est identique et consiste en une cholécystectomie.

Le pronostic est toujours bon dans les cas où les lésions vasculaires sont peu importantes sinon inexistantes.

-----oOo-----oOo-----

E- B I B L I O G R A P H I E
=====

VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

- A.H.- Torsion aigue de la vésicule biliaire.- Brit.Med. J.30
déc. 1939, n° 4121, 1272.
- OT et DULONG DE ROSNAY.- Sur un cas de volvulus de la vésicule.-
J. Méd. Bordeaux, 15-30 août 1943, n° 15-16, 285-286.
- A.N.W.- Un cas de volvulus complet de la vésicule biliaire.-
Khirurgiia (russe), 1955, n° 5, 71-72
- J.H.- Am. J. Dis. Child., avril 1955, 89, 4, 484.
- M.H. M.J.- Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule
biliaire.- Thèse Paris, 1947, N° 737, 50 pages.
- H.- La torsion de la vésicule.- Wien. Klin. Wschr., 11 août 1950
62 n° 32, 556-558, (Bibliogr.)
- LL K.P.S.- Torsion de la vésicule biliaire.- Brit. Med.J.,
23 Décembre 1950, N° 4694, 1425.
- h. C. Torsion aigue de la vésicule biliaire.- Am. J. Surg.,
déc. 1951, 82, N° 6, 749-753, 4 fig. (Bibliogr).
- ENSEN E.- Nord. Med., 1954, N° 50, 52.
- S. et CUERVO T.- A proposito de dos casos de volvolo biliar
en niños de cinco y once años de edad respectivamente.-
Arch. soc. estud. clin. Habana, mai 1939, 33, 295-305.
- E J.- Volvulus de la vésicule biliaire chez un enfant de 13 ans.
J. Méd. Bordeaux, aout 1946, 298.
- L.P.- Le volvulus de la vésicule biliaire (A propos de sept
observations bordelaises dont deux inédites.) - Bordeaux
chir., Janv. 1950, n° 1, 28-30.
- G.- Le volvulus de la vésicule biliaire.- Klinitcheskaiia med.
(russe), 1954, 32, n° 5, 77-78.
- R W.- Contribution à la torsion du pédicule de la vésicule
biliaire.- Zbl. Chir., 1954, 79, n° 34, 1445-1447.
- H. et LEIBL. F.- Clinique du volvulus de la vésicule biliaire.-
Zbl. Chir., 1951, 76, n° 13, 1261-1268, (Bibliogr).
- A.V.- Case of floating gall.- Bladder and kidney complicated
by cholecithiasis with perforation of gall-badder.- annals.
Surgery 1898, 27, 199-202.

- .- Torsion de la vésicule biliaire.- Zbl. Chir. 11 Mars 1939, 62, n° 10, 535-540.
- T DE FALLOIS A.- Contribution à l'étude du volvulus de la vésicule biliaire.- Thèse Paris, 1943, n° 141, 67 pages.
- R.E.- Arch. Surg., Chicago, 1936, 131, 32.
- ET E.- Cholépéritoine par volvulus de la vésicule chez une femme enceinte à terme.- Gynéc. Obst.(suppl.), 1954, 6, n° 5 671-672.
- Fr. et KANE J.- Torsion aigue de la vésicule biliaire.- ann. Surg., Août 1948, 128, n° 2, 253-256, (bibliogr.)
- G.- Un cas de torsion du pédicule de la vésicule biliaire.- Praxis, 30 Janv. 1958, 47, n° 5, 118-119 (Bibliogr.) (texte allemand).
- ND C.W. and SCHMITT H.L.- J.int. Coll. Surg., 1945, 8, 348.
- NN H.A. et GUTHORN. M.J. Amer. J. surg. 1953, 85, 580.
- O.H.- Un cas de volvulus partiel d'une vésicule biliaire pendulum "imbriquée" dans la paroi abdominale.- Zbl. f. chir. 1951, 76, n° 7, 467-473, (Bibliogr.).
- G. et THAUD J.- Le volvulus de la vésicule biliaire. (Quelques commentaires à l'occasion d'une observation.).- Sem. Hôp. Paris, 28 Nov. 1960, N° 55, 3048-3051. (Bibliogr.)
- L. DEBEYRE J. MAZINGARDE.- Volvulus de la vésicule biliaire. J. Chir. 63, 1-3, 1945. 21- 36, 1 fig. (Bibliogr.).
- E A.- La torsion aigue de la vésicule biliaire.- Brit. J. Surg. Janv. 1958, 45, N° 192, 336-340. 1 tabl. (Bibliogr.).
- N J.- Sur un cas de volvulus de la vésicule biliaire.- Lille chirur., Mars-Av. 1956, 11, n° 2, 140-141.
- T J.S.- Volvulus de la vésicule biliaire opéré et guéri.- Mém. Acad. C hir., 1943, 69, n° 21-22-23, 405-406.
- TTI J. et BATTISTA N.- Detrogastrie et mésentère commun compliqués par un volvulus de la vésicule biliaire.- Prensa Med. Argent., 4 Fév. 1949, 36, n° 5, 220-230, 4 fig. (Bibliogr.).
- HA N.S et KOTELEVSKY S.S.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Khirurgia (Moscou), 1960, n° 4, 55-59 (Bibliogr.).
- R.M., SHEDD ch.G. et LOCKE A.W.- Volvulus de la vésicule biliaire avec infarctus aigu du myocarde.- New England J. Med., 15 Juil. 1954, 251, n° 3, 95-97 (Bibliogr.).
- MUSAVI S. et YEAGER G.H.- Torsion de la vésicule biliaire.- J.A.M.A., 6 Juin 1959, 170, n° 6, 670-671. (Bibliogr.)

1. E. et FEEHAN J.J.jr.- la torsion aigue de la vésicule biliaire
Surgery, Mars 1950, 27, n° 3, 423-426, (Bibliogr).
2. J. et MIMÉON A.- Sur les volvulus de la vésicule biliaire.-
Mém. Acad. Chir. 29 Mars 1939, 65, n° 11, 440-444. 10 fig.
3. J. et THULIN C.A.- Torsion de la vésicule biliaire. Relation
d'un cas et revue de la littérature.- Act chir. Scand.,
31 Oct 1957, 115, n° 4, 289-293 (Bibliogr).
4. H.D.- Aust. N.Z. J. Surg. 1953, 22 . 315.
5. W.- Torsion d'une vésicule biliaire double. relation d'un cas
et revue de la littérature.- Brit. J. Surg., Janv. 1952, 39
n° 156, 342-344, 1 fig., (Bibliogr.)
6. A.R. et PAUL R.G.- Brit. J. Surg. 1934, 22, 301
7. R. E.W.O.- Torsion de la vésicule biliaire.- Brit. Med.J.,
19 Sept. 1953, n° 4837, 662, (Bibliogr.)
8. HEDAUV, LEGRAND M. et RAZEMON J.P.- Un cas de volvulus de la
vésicule biliaire.- Lille Chir., Juil-Oct. 1953, 8, n° 4,
195-196, (Bibliogr).
9. BRIER J. et BARBIER L.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Maroc
Med., avr. 1954, 33, n° 347, pages 421-422.
10. SON J. et DORMANDY T.L.- Torsion en sablier d'une vésicule
biliaire avec artérite focale.- Brit. J. Surg., sept. 1959,
47, n° 202, 203-204 (Bibliogr.)
11. N W.- Torsion du pédicule de la vésicule biliaire.- Zbl. Chir.,
1956, 81, n° 7, 280-283 (Bibliogr).
12. Sh. V.- Torsion de la vesicule biliaire.- Khirurgiia (Moscou)
1961, N° 7, 139-140.
13. ET P.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Lyon Méd. 15 Fév. 1942
N° 7, 123-126.
14. EN EYNDE P. et DUISSET E.- un Cas de Volvulus de la vésicule
biliaire.- Acta gastro-enterol. belg. Mai 1959, 22, n° 5
292-294.
15. ULERSKI.- Volvulus de la vésicule biliaire et abcès péricholé-
by choletithiasis with perforation of gall-bladder.- ann.
surg. 1898, 27, 199-204.
16. ER H.- L'étiologie de la vésicule biliaire mobile expliquée par un
cas de traction pédiculaire.- Wien. Med. Wschr., 22 Mars 1952,
102, n° 12/13, 248-250, 5 fig.
17. A.L.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Khirurgiia (Russe)
1954, n° 2, 76-77.

VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

2^e
(Liste Complémentaire)

CUBERT-FOND P., DBUAY H., PECOUT C. et NURET R.- Intérêt génique de l'association d'un volvulus du côlon droit et de la vésicule biliaire.- Bordeaux chir., Juil.-Sept. 1970, 41, n° 3, 242-243.

FRANCILLON J., COGNET F., JULON M. et BOURGENT - Volvulus de la vesicule biliaire.- Lyon chir., Janv.-Fév. 1968 64, n° 1, 97-99.

LAL R.D., PEPPER M. et PUESTOW Ch.B.- Torsion de la vésicule.- Arch. Surg., nov. 1960, 97, n° 5, 750-752 (Bibliogr).

LAFORTE F., COMARDEAU J., PARNELIX M; et MAREE D.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Bordeaux chir., av. 1960, n° 2, 100-109.

VOLVULUS DE LA VESICULE BILIAIRE

(Liste complémentaire)

.S.- Torsion aigue et récidivante de la vésicule.- Brit. J. Surg. mars 1965, 52, n° 3, 102-104 (Bibliogr).

- Torsion de la vésicule biliaire avec iléus paralytique.- Zbl. Chir. 7 août 1965, 90, n° 32, 1032-1036 (Bibliogr).

.M.- Cholépéritone par volvulus de la vésicule biliaire chez une femme enceinte;- An. Brasil. Gin., Juil. 1962, 54, n° 1, 1-6 (Bibliogr). (résumé français).

R., THOMPSON R.J. jr., BRENNAN L.P. et HINSHAW D.B.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Surg. Gyn. Obst., Janv. 1963, 116, n° 1, 105-108 (Bibliogr.).

.- Deux cas de torsion aigue de la vésicule biliaire.- GUT, fév. 1966, 7, n° 1, 73-76 (Bibliogr).

CD R.K.- Torsion de la vesicule.- Gut, mars 1963, 4, n° 1, 7-29 (Bibliogr.).

R., BOLO R. et FOLQUES Ph.- Volvulus de la vésicule biliaire.- J. Chir., sept. 1964, 90, N° 3, 177-182 (Bibliogr).

Y N.A.- Torsion de la vésicule biliaire.- Khirurgia (Moscou), 1962, N° 12, III.

. et NEMETH A.- Le volvulus de la vésicule biliaire.- Policlinico(sez. chir.), nov.-déc. 1962, 69, n° 6, 394-403, 1 fig. (bibliogr). (résumé français).

A., MASSON JC. et KIEY R.- Un cas de volvulus de la vésicule biliaire.- gaz. Hôp., 10 Janv. 1967, 139, n° 1, 5-8 (Bibliogr).

CCI J.P.- A propos d'un volvulus de la vésicule biliaire.- Bordeaux chir., oct. 1964, n° 4, 172-174.

.E. et ORSINI R.A.- Volvulus de la vésicule biliaire.- Prensa Méd. Argent., 15 janv. 1965, 52, n° 3, 156-159 (Bibliogr).

REFERENCE A L'ENCYCLOPEDIE

MEDICO-CHIRURGICALE ;

PERNOD R.

Volvulus de la vésicule biliaire.

E.N.C., FOIE, fasc. 7046 A 10, 12-1958.

